

平成29年度第3回湘南東部保健医療福祉推進会議

日時 平成30年2月5日（月）

会場 藤沢市保健所 研修室

開 会

（事務局）

それでは、定刻となりましたので、ただいまから第3回湘南東部地区保健医療福祉推進会議を開催いたします。本日、事務局の司会を務めます神奈川県医療課の加藤と申します。よろしくお願いいたします。

本日の出席者は、委員名簿、座席表のとおりです。なお、茅ヶ崎市福祉部、熊澤委員の代理として、高齢福祉介護課、臼井様にご出席をいただいております。また、本日の議題でございます、医療と介護の一体的な体制整備に関しまして、寒川町について、介護保険事業計画を所管する福祉部高齢介護課の青木様にご出席をいただいております。

次に、会議の公開についてです。本日の会議は、原則として公開とさせていただきます。開催予定を周知し、傍聴の方が13名見えております。なお、審議速報及び会議記録については、これまで同様、発言者の氏名を記載した上で公開をさせていただきます。

本日の資料は、机上にお配りしておりますので、何かございましたら途中でもお申しつけください。

それでは、以後の議事の進行は、鈴木会長にお願いいたします。

（鈴木会長）

それでは、これより議事に入らせていただきます。よろしくお願いいたします。

報 告

（1）第2回地域医療構想調整会議結果概要

（鈴木会長）

それでは、報告の1、第2回地域医療構想調整会議概要について、事務局の説明をお願いいたします。

（事務局より資料1、2に基づき説明）

（鈴木会長）

ありがとうございます。資料1、2につきまして、ご質問やご意見はございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、次に進みます。

議 題

(1) 神奈川県保健医療計画改定素案について

(鈴木会長)

続いて、議題1、神奈川県保健医療計画改定素案についての事務局の説明をお願いいたします。

(事務局より資料3-1～3-2に基づき説明)

(鈴木会長)

ありがとうございます。資料3-1、3-2につきまして、何かご質問やご意見はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

私から1つだけ。パブリックコメントはまだ今まとめている最中で、ここでどんなものがあるとかいう発言はできる感じではないですね。何か大きな変更点に当たるようなポイントみたいなものはありますか。

(事務局)

パブリックコメントは1月21日までで、おおよそ200件弱のご意見をいただいております。ただ、中身につきましては、例えば文言の修正や、こういった取組みも追加してほしいであるとか、そういったご意見が大多数を占めておりまして、この計画の構成を大きく変えるようなものはなかったかと承知しております。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに何かご質問などはございますでしょうか。

それでは、作業を進めていただくということでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

(2) 基準病床数について

(鈴木会長)

では、引き続きまして議題2、基準病床数につきまして、事務局の説明をお願いいたします。

(事務局より資料4-1～4-4に基づき説明)

(鈴木会長)

ありがとうございます。説明はおわかりいただけたでしょうか。何かご質問などございますか。

(今井委員)

確認ですけれども、湘南東部地区における第7次の基準病床数は、今日、一応結論を出してほしいということですか。

(事務局)

はい、そうです。まず、資料4-4で2つの数字をお示ししております。上段が当初、県の事務局案として、12月8日にお出しした案、それから、地域の医療関係者の方からは、下段のほうの実情をあらわしていいのではないかというご意見をいただいておりますので、その2種類の数字を提示させていただいております。本日は、この地域としてどちらの数字を選択していくかということ、できれば決めていただければとは思っております。なお、先ほど説明で不足があったかと思いますが、これはあくまでも計画のスタート時点での数字ということで、3年後に改めて見直しをさせていただきたいと思っております。

(鈴木会長)

今井委員、よろしいでしょうか。3年後には見直しということ。これを、この会議の中で選んだ数字として上に上げてもらうということですね。そのまま通るかどうかはまた別ということだと思いますが。

(今井委員)

そうすると、これについては意見を出してもらわないとまずいですね。かなり重要な会議になりますからね。

(鈴木会長)

それでは、丸山先生のほうから茅ヶ崎医師会の意見をご発言いただいてもいいですか。

(丸山副会長)

茅ヶ崎医師会としては、やはり医療スタッフがかなり不足しているということで、建物、箱、病床数だけがあっても、実際にそこで働く医療スタッフがいなければ、現実としては病院として成り立たないのではないかと、機能として十分発揮できないのではないかと、下段の、今現在の病床機能報告の利用率に基づいた基準病床数のほうがよろしいのではないかと、この意見です。

(鈴木会長)

私から、藤沢市医師会の意見として発言させてもらおうと、これは丸山副会長と一緒に議論もしたのですが、やはり今、副会長がおっしゃられたように、人材がとにかく少ないということが1つ。

それから、持て余している病床という言い方が正しいかわかりませんが、それぞれの病院で少し病床が余り加減かなという中で、無理やり埋めなければいけないという状況があると聞いています。そうすると、もともとの考え方である機能の収れんということは、やはり人を含めてそういうベッドを融通し合って、地域の構想を作っていくのではないかなということで、そういう意味ではこの基準病床というのが、今、余っているという形にしても、今後、病床が出てくるのではないかと考えています。

もう一つは、病床利用率が0.82だと、結局255床が過剰と出てしましますが、実際は病床利用率だけではなく、平均在院日数がすごく下がってきている現状がある。平均在院日数が下がってくれば、当然ベッドは少なくとも稼働しているということで、そういう意味では湘南東部構想区域内のベッドはみんな割と在院日数が下がってきているので、実際は、例えば28年度に比べて29年度の病床利用率を使って、さらに在院日数を考えてしまうと、もっとベッドが余ってしまうの

かなという気がいたします。

それからもう一つは、3年後に見直しというのがあります。全体的に少子高齢化の中で、高齢化のためにいろいろやっていますけれども、少子化がそこまで来ていて、産科の出産数が実は藤沢はちょっと減ってくる様子があったりということで、ダウンサイジングを考えながらやっていたかなければいけないので、そういう意味ではこの下のほうの4064ということによろしいのではないかという意見で出させていただいております。

今井委員、病院協会のご意見をお願いします。

(今井委員)

湘南病院協会で正式に会議を開いて、これについて検討したわけではありませんが、意見として、3つほどの病院から出ているものも、ある程度意識すると、大体基本的には下段のほうだったと思います。ただ、その場合、下段をとったという意味を明確にしておいたほうがいい。上と下との違いというのは、上は全国の利用率の平均であって、この地域から見たら必ずしもリアリティではない、いわばバーチャルリアリティであり、下のほうは、一番現実に近い利用率で、鈴木会長がおっしゃった、いわゆる平均在院日数等の現実を反映する形で今後やっていくことを選ぶという意味だと思うのです。もし3年後に見直しをするにしても、どういう価値観、考え方で見直しをするのかというのに関係してきますので、そのことは明確に確認しておいてもらいたい。

確かに、病院協会が今後活動していく上では、私もちょっと矛盾した考え方があって、これは提案ではなく、悩んでいるところなのですが、下段でいくと330床の過剰で、3年後に見直しがあるにしても、各会員の病院のベッド増床の余地はない。例えば100床ほどの病院が倒産でもすれば話は別ですが。それに対して、上段の場合であれば100ぐらいの差なので、今後の人口増ということを考えれば、上段も魅力があるのかなと考えた時期もあるのですが、やはり、単に数字上の問題ではなくて、下段をとった意味、できるだけこの地域における病院の、既存病床のリアリティのほうから、今後の見直しもやっていくのだということを確認したほうがいいのではないかと思っているので、一応私の意見としては下段をとるという形にしておきたいと思います。

(鈴木会長)

ありがとうございます。仲野委員。

(仲野委員)

市民病院という、高度急性期、急性期病院をやっている院長の立場としては、これは考え方としては正しい。うちも病棟稼働率88%ぐらいで、もう在院日数が10日ぐらいになって、11日を切っていますから、多分もっと減ってくると、急性期病院ですら病床は余るかもしれない。ただ、僕がちょっとわからないのは、これは急性期病院の話であって、僕らが減らした部分で、いろいろな患者さんはどんどん、慢性期病院、療養型に流れていくわけですが、それが、全部が満たされるかどうか。この基準病床の計算は、ただ病床の数だけをやっているもので、中身が、急性期がこれだけ足りない、慢性期がこれだけ足りない、回復期がこれだけ足りないという論議がこれには入っていない、全て一緒くたの数値です。僕のイメージでは、地域包括ケア病棟などはもっと増えても多分ニーズはあるし、そこそこ増えてはきているけれども、そういう基準病床の中の考え方を変えていかないと、地域医療構想という考えと基準病床が、相変わらず頭の中でマ

ツチングしないのです。病床数ありき、でも地域医療構想ありき、では構想の中で、基準病床はどこに位置づけられているのかというのがまだ不明確なので、何となく数値は納得だけど、中身がよくわからないという感じを持っております。

(仙賀委員)

同じ立場で。病床種別、一般病床などと、病床機能として高度急性期など、その2種類があって、では減らせと言われたら、この下段の過剰な330床は、病床機能別ではどれなのかということがはっきりしない。それから、今まで急性期の病院の話をずっとやってきましたが、では実際に回復期や慢性期を担っている、主に民間の病院ですけれども、その病院の意見はどうなのか。そういうことも含めて、病床種別で話をするのではなくて、今まで地域医療構想の中で考えてきた病床機能別で、どこが多いのか、減らしていくのか。それから、仲野委員も言いましたけれども、慢性期や回復期は、当然必要数は増やさなければいけないとは思いますが、では2025年に向かって作った方がいいが、それから人口が減って、老年人口が減る、子供も減る、そういう段階でそこまで投資したものが回収できるのかということまで考えなければだめでしょうし、それで投資しないのなら、介護医療院や、介護保険や、在宅、そういうものに持っていくためにはどうしたらいいとか、そういう流れで議論を進めていかないと、ただベッド数だけでやっても、いろいろなものがごっちゃになって、今までずっと関与してきた人は理解できるでしょうけれども、今まで関与されてこなかった皆様にはなかなかわかりにくい議論のような気がします。

(事務局)

ありがとうございます。今、仙賀先生に言っていたことが、本当にそのとおりだと思っております。なかなか我々ももどかしいものを感じているというか、進め方は我々も反省すべき点があるかと思うのですけれども、地域医療構想を作りなさいと言われて、必要病床数というのが出てきて、今度は保健医療計画の改定ということで、基準病床数を決めなければいけない。やはり今おっしゃったように、病院間の役割分担、連携、そして地域包括ケアの推進、そして、さまざま先生方からご意見がありましたけれども人材確保、この中身をどうしていくかということ、本当はこの場でも話し合っていかなければいけない。私たちもそうしたいと思っておりますが、なかなかどうしても数の議論が先行してしまって、中身の話になれないというもどかしさがございました。ただ、ここで基準病床数を決めて、保健医療計画を策定しますので、おそらくやっとなりの議論から解放されて、中身の話ができていくのだと思います。引き続き我々も精進してまいりますので、よろしくお願いいたします。

(今井委員)

まだ数からは逃れられないと思うのです。基準病床数は、それ自体はいいと思うし、見直しもある。基準病床数は、療養病床か一般病床だけですから、まだ機能分化していないようなものです。ところが、必要病床数という亡霊がまだ残っている。ただ、私は、これはリアリティがないと思うので、これ自体を今後現実に合わせて変更していく、そういう操作が今後行われるのかどうかというのは一番大きな問題になると思います。ここを明確に、現実に近づけた数値がないと、基準病床数だけを決めても、仙賀先生の言うような疑問は当然出てくると思う。だから、この点について、チェンジャブルなものなのかどうか、ないしは国や県としてそういう計画があるのか、

ないのか。非常に重要なので、質問しておきたい。

(事務局)

ありがとうございます。今のところ、必要病床数を見直そうという動きはありません。我々も、必要病床数が恐らく現実的でない数字であろうということを認識はしておりますが、それを適正な推計にしていくという作業が簡単なことではない。また、それに労力を割くのも生産的ではないという気もしております。ただ、急性期と回復期の境目というのは、おそらく今出ている数字と皆様の実感とに若干ずれがあるのかなとは思っております。その数字について奈良県では、今実際に病床機能報告で急性期と報告しているところの中で、実は回復期に近いところがあるのではないかと独自に出しているのです。それを参考にさせていただいたりして、急性期と回復期の区分を、少し数字を独自に見直せないかなということは考えております。

(今井委員)

必要病床数というのが、県のほうから見ても余りリアリティがないという認識をされているということは非常に安心したのだけれども、ということは逆に言うと、あまりそれにこだわらないで、例えばこの地域の急性期病院、市民病院、市立病院や我々との関係とかは、調整会議である程度、現実的に決めていっていいと考えてよいわけですね。

(事務局)

はい。そのように考えております。

(鈴木会長)

ほかに何かご意見はありますか。数野委員、よろしいでしょうか。

(数野委員)

この資料を見ますと、各地区は大体、このように後から出してくださったことに賛同しているのが多いように思います。といいますのは、最初のときの基準が曖昧で、しっかりしたものではなかったのが、2016年のものが2017年ではかなり変わってきている。それと、地域医療構想調整会議ができる以前も、今までこの地区では、ほかの地区と比べますと、割合とうまく、バランスのとれた治療ができていたようです。こんなことを申し上げては失礼なのですが、落ちついているところに石を投げて、水面に波紋をつくるようなことの嫌いがなきにしもあらずです。ですから、この資料を作るのに、事務局は何回も調べていただいて、大変な労力だと思いますが、せっかくここまでしてくださいましたので、これをまた2020年にもう1回見直すということになっておりますので、その間でも、各病院の機能がどういうふうに推移していくかということも、大まかにでも結構ですが調べていただいたほうが良いと思います。2020年に、さっとまた同じことをやるのだと、間のことがわかりませんので、状況の変化がわかりません。そうすると、基準に決めたところから、推計値が実際値とうまく合致して推移していけばいいのですけれども、おそらく推計ですから、そうではないことが起こり得ると思うのです。ですから、2020年にはしっかりやっていただかなければいけないのですが、その中間でも大まかな、どういう方向で病床が動いているかということも、参考資料程度で結構ですから出していただいたらどうかと思います。

それで、先ほども在院日数の問題がありましたけれども、これはやはり急性期や高度急性期ですと、在院日数の縛りがかなりきつくなってきています。そうすると、最近の情報によりますと、

追い出されたというようなことを言っている方が大勢おられるのです。といたしますのは、入ってきたときに10日以内とか、14日以内で帰っていただきますよというようなことを言われているので、そこからあふれた方たちが次に行くところとしてのセカンドステップがきちんと確立しないところでそういう制度だけ出てきますから、またセカンドステップとして回復期や慢性期に行くというようなことが制度的にうまく移行するようになれば、これは非常にうまくいくと思います。ただ机上の空論みたいに制度だけできて、それを実際やるのは、今見ていますと、みんな現場でよきにはからえという形です。その辺のところをきちんと、ある程度の目安を決めていただければ、せっかくこんないい構想ができていますので、これを遂行していただければと思います。

(鈴木会長)

ありがとうございます。事務局から、何かコメントはありますか。

(事務局)

まず、地域の医療提供体制のデータですが、昨年8月に第1回の会議を開催した際にも、さまざまなデータを出させていただいておりますが、これは毎年度アップデートをしていこうと思っておりますので、恐らく3年後にはかなり蓄積された推移のデータがお出しできるかなと思っております。また、県民の意識につきましても重要な話で、我々も微力ながら一生懸命広報はしているのですが、これは県も市も、もしくは医療介護関係者の皆様も、みんなで普及啓発に努めていく必要があるのかなと思っております。

(鈴木会長)

よろしいですか。ありがとうございます。ほかに何かご質問はありますか。

(仙賀委員)

せっかく県の医師会の立場で小松委員が全況を見ているから、少し意見を言っていたきたいと思うのです。

(小松委員)

地域医療構想自体が、どちらかという、2025年に今のやり方でいこうなりますよという、予言書のようなもので、結局数字も含めて非常にインパクトがあったのですが、逆に言うとこれをきっかけにこういう文化ができて、いろいろと地域のことを話し合う、そういう意味でのプラスの部分があります。ただ、必要病床数の数に病床を揃えなければいけないのかとか、地域医療構想の中で4つに分けられた病床機能区分に、強制的に、要するに急性期と高度急性期と回復期と慢性期の比率を無理やり合わせて仕切り直さなければいけないのかという、あれはあくまでも1つの考え方であって、言えることは、どちらかという、今後地域で増えていくのは、高齢者で急性期の治療は終わったけれども家に帰れない、10日では家に帰れなくて、1カ月から2カ月くらいでという人が増えていくということだと思っております。だから、基準病床数も数字的に決まったときに、その内訳としてどこの病院がどの機能を担うかというのは、もともとこの地域の中でそれなりにやって、要するに急性期の看板のところを地域医療構想的には回復期の機能を担っているということが実態としてあるのでしょうし、それを無理やり回復期にする必要はなくて、今回の診療報酬改定の中で、例えばうちは地域包括ケア病棟にしようというふうに、自分

のところで判断してそうになっていけばいいので、基本的には自然に診療報酬改定もあわせて、いろいろと病院間で収れんしていくのかなという気がします。どちらの基準病床数を選んだとしても、今この地域にある4,319の既存病床でこれから3年間は見えていく。病院が急に閉院してしまえば、ベッドを増やせないで、今の人員の中で効率的にやっていくという流れなのかなと思います。ここから先は、どちらかという急性期よりもやはり回復期とか慢性期と言われている機能をどの病院が担っていくかですし、はっきり言えばもう病院という枠を超えて、施設もしくは在宅、そっちがどれぐらい増えて、誰がどうやっていくのか、そこを決めていくというのが、来年度以降の調整会議の議論のメインになっていくのかなと思います。

(鈴木会長)

ありがとうございます。私から1つ確認ですけれども、既存病床数が4,319床で、下段を選ぶと4,064床で、255床が要するに過剰という形になったときに、第7次医療計画の中では、無理やり減らすということにはならないということによろしいですか。

(事務局)

はい。今、稼働している病床につきましては、それを何か減らしなさいというようなことはございません。ただ、今、休床中の病床につきましては、ご事情をお伺いしていく必要があるのかなとは思っております。

(鈴木会長)

ありがとうございます。湘南東部以外の会議では、休床中のところについては計画を出しなさいみたいな形にしているところもあるのですか。

(事務局)

そこまでやっている地域はございません。

(鈴木会長)

ありがとうございます。それともう1つだけ伺いたいのは、この地域は特例活用はしないということですが、県知事の権限でというのがありますよね。この会議を飛ばして、県知事の権限で基準病床が決まることはあり得るのでしょうか。それとも、なるべくならここを通してもらうようになるのでしょうか。

(事務局)

我々は、この保健医療福祉推進会議のご意見を最大限尊重して決めてまいりたいと思いますので、例えば本日全く出ていなかった知事の裁量の上乗せ加算が、いきなりふたをあけてみたら出ているということは、ないと思っていただいて結構です。

(鈴木会長)

わかりました。ありがとうございます。ほかに何かご意見はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、一応挙手で決をとっておきたいと思います。

- 1 上段（国告示の病床利用率） 基準病床数：4,286床 0名
- 2 下段（平成28年度病床機能報告の病床利用率） 基準病床数：4,064床 17名

それでは、この地域では下段の4,064を地区推進会議の意見として上げさせていただきたいと思います。もちろん、3年後に見直しなどもありますし、それまでの過程も、今日意見がたくさん出ていますので、どうぞよろしく願いいたします。

(3) 医療と介護の一体的な体制整備に係る調整について

(鈴木会長)

それでは、議題3、医療と介護の一体的な体制整備について、事務局の説明をお願いいたします。

(事務局より資料5に基づき説明)

(鈴木会長)

ありがとうございます。何かご質問はございますでしょうか。

(数野委員)

(1)の①療養病床の患者数のうち、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等で対応するという、これは可能な数字ですか。

(事務局)

資料5の1(1)で、今ご指摘いただいた①から⑤の数字というのは、地域医療構想において在宅医療等を推計するに当たって、いわば国が設定した前提条件となっております。ただ、資料の3ページ目、4番、本県の実情を踏まえた対応のところにも記載のとおり、県の病院協会が療養病床の実態調査を行い、県内の療養病床を持っている病院の医療区分1の患者さんのうち、自宅退院または施設入所が可能な患者さんは約30%であったという結果が出ております。国が出した数字の70%とかなり開きがある。今後、病床整備であるとか、在宅医療、介護の整備に当たっては、この実態の数字を踏まえて進めていく必要があると考えております。

(数野委員)

ここに掲げられておりますので、私もその数字は存じ上げているのですが、それでもこの数値目標が出てきていますので、それで今質問させていただきました。少なくともこの70%というのは、本県ではもう少し下がってくると考えてよろしいのですか。せっかく県の病院協会でも小松先生が中心になって療養病床等を持った病院からアンケートをとっていただいた結果なので、おそらく本県はそれに準じたような形になると思うのですが、県のほうでは、これはどこまでも国の決めた数値目標だということでここに掲げていると思うのですけれども、この点は地域の実態に促した数値を、次の見直しのときに、県は地域の実情にあった数値を挙げることは可能ですか。

(事務局)

まず、在宅医療の整備目標を設定するに当たっては、この70%という大前提がちょっと崩せな

い。基準病床数の算定に当たっては、その実情を反映して、知事の裁量権を使って数字を動かしていますけれども、こちらの在宅医療の方の設定に当たっては、知事の裁量を発揮する場がないので、そこをいじることはできないのです。なので、目標としては一旦置かざるを得ません。ただ、実際に病床についても、在宅医療についても、整備を進めていくにあたっては、その70%を何か追い出さなければいけないとか、そういった考えは毛頭ございません。これは、どうしても70%というのは、全国一律で、国の調査で70%出られるようだという結果をもとに設定していますが、神奈川県は、もともと人口に対して療養病床がそれほど多くないため、いわゆる社会的入院、医療依存度は低いのに退院できない患者さんはかなり少ないというのが病院協会の調査の結果で出ておりますので、それはもう事実として受けとめて、それを踏まえて施策は考えていく必要があると思います。

(数野委員)

地域医療構想の出発点は、地域の医療圏の実情を主体にして考えろという大前提がありますのに、国のオーバーオールで調べた統計がまるきり違ってしますので、これは改正及至改訂しなければいけない問題ではないかと思ひまして、質問させていただきました。

(今井委員)

この数値は、先ほどの病床利用率と同じで、全国平均でやるのか、現実にこの地域のリアリティでやるのかで、大きく数値は違いますけれども、やはり同じような問題なので、数野先生がおっしゃるような方向性はできればとってほしい。それから、私は前から、この医療と介護の一体的な体制整備については、特に慢性期病棟や、いわゆる軽度医療を要する人たちを出す側の具体的な数値だけは出ているにもかかわらず、受け皿になる医療と介護を、一体的に数値化していないところは計画の一番大きな問題だと思っていましたので、70%をとるか30%をとるかという議論はあるにしても、資料の1ページの2に出ている都道府県や市町村関係者による協議の場というのは、重要なものとして、今後運営してほしい。そうでないと、いわゆる介護難民が出てくるのは目に見えていると思いますので、その点をお願いしたいのと、その場合には、介護保険は市町村が、この保健医療計画は県がやっているという、いわゆる枠の問題は取っ払って、きちんとやらないと、慢性期病棟や回復期病棟の運営そのものも、受け皿がきちんとしないとうまく運営がされなくなるというふうに、全体が絡み合っておりますので、これは非常に重要な会議だと思うし、どういう計画で協議の場というのを今後設けていくのか、どのような参加者が、どのような形で具体化していくのかを説明してほしい。

(事務局)

まず一つは、この会議も協議の場であると思っております。また、この会議とは別に、保健所単位で在宅医療推進協議会と地域包括ケア推進会議の合同会議というのがございまして、保健所単位の医療介護の関係者の方が集まって協議をするということを従来からしておりますので、それを引き続き活用していきたい。あとは、鈴木会長から前々から宿題をいただいております、この会議の下に地域包括ケアについて協議するワーキンググループを立ち上げて、それも今後やっていかなければいけないと思っております。どこの場が一番トップで意思決定をしていくのかというような上下関係などを整理していないのですが、そういった場の中で、医療と介護の垣根

を越えて、もしくは県と市町村の間でもっとコミュニケーションをとっていかなければいけないのだらうと思っております。

(今井委員)

大きく見れば、いわゆる地域包括ケアシステムの問題だと思うのです。病床のほうで、出すほうの問題だけを数値化して、非常にリジッドに出しているにもかかわらず、受け皿の問題は曖昧模倣としていたというのが今後の問題なので、それだけはぜひやってほしいし、もしこの会議のワーキンググループがそうなるのであれば、湘南東部医療圏でそれができるというふうに理解していいわけですね。

(鈴木会長)

ありがとうございます。僕からも言わせていただくと、在宅をやられている施設は、意外と忙しいからといって会議に出なかったり、自分たちだけで回している施設が多いので、これはやはり県の立場、もしくは行政の立場から出てきていただいて、ワーキンググループなり、お話がきちんと伝わるようにしないと、幾らここで言っても、在宅がたくさんできてきました、でも話は全然知りませんというのだと、ちょっとどうなのかなという気がしますので、その辺のスキームも作っていただけるといいかなというふうに思いました。ほかに何かございますでしょうか。

(鈴木(伸)委員)

前回の会議を踏まえて、藤沢の介護施設、特養17施設、介護老人保健施設7施設を対象に状況、意見を周知させていただきました。特に特養の17施設につきましては、医療区分1ということを含めて、こういった状況であるということを含めて説明、周知はした上で、特段これといった意見、要望としては出ておりません。事情としては、既存の待機者等への対応もありまして、新規の医療区分1ということイメージしにくいこともあるかと思うのですが、ここで書いてあります医療区分1の30%のうちの施設での対応分ということについては、認識はさせていただいた上で、これからの課題というふうに捉えているのが今の現状です。

老健施設につきましては、明確に意見集約を図ったわけではないのですが、29年6月の介護保険法の改正で、地域の特に在宅支援、在宅復帰というのが介護保険法上本来の業務として老健施設が担うことになりまして、平成30年4月から、特に医療度の高い加算型、強化型ができ、喀痰吸引、経管栄養が5%以上というのが、加算型、強化型の要件になっている中において、そういったものを積極的に対応していく必要があるだろうと。これが医療区分1とイコールの関係であるかどうかはわかりかねますが、対応していく必要があるということは各施設との個別の話の中では出てきておりますので、これは、老健施設全体の意見集約ではないのですが、老健施設としてはそういったのも必要であるのではないかというのは、おおむね共通して認識していらっしゃるのかなというのが私の推察です。以上です。

(鈴木会長)

ありがとうございます。ほかに、行政の方もたくさん来られていますけれども、何かご意見はありますか。よろしいですか。

それでは、今日出ました意見を踏まえて、作業を進めていただきたいと思います。

(4) 公的医療機関等2025プランについて

(鈴木会長)

それでは、議題4の公的医療機関等2025プランについて、事務局の説明をお願いします。

(事務局より資料6-1～6-2に基づき説明)

(事務局)

事務局から若干補足をさせていただきます。本日、この件に関しましては、来年度以降の進め方について、皆様のご意見をお伺いしたいということでお諮りしております。先ほどもご意見をいただきましたとおり、医療機関同士の役割分担、連携について、話を進めていかなければいけない。どうやって進めていこうかと悩んでやってきているわけですが、この地域ではもう既にワーキンググループを設置して、全ての医療機関に参加をいただいております。そういった中で、国からこの2025プランという話が、ちょっと表現が悪いですが、降ってきた。せっかくですので、この2025プランというのを話し合いのためのツールとしてうまく使っていけないかなというふうに思っております。また、ここから先は皆さんに意見をいただきたいところなのですが、今2025プランの策定対象になっているのが、藤沢市民病院と茅ヶ崎市立病院の2病院です。ただ、地域の中で急性期を担っていただいている病院がほかにもあるということ、それから、これから話していかなければいけないのが、回復期や慢性期にもわたるということを見ると、これ以外の、場合によっては全ての医療機関に同様のものをつくっていただいたほうが話がうまくいくのかなということも思ったりしております。そこは、私のある意味私見なので、ご意見をいただければと思っております。

(仙賀委員)

私が言いたかったことをみんな言われてしまったのですが、この公的医療機関2025プラン策定対象機関を眺めると、一般病床と書いてありますが、病床機能で見れば、かなりの部分が急性期ですね。ですから、これと同じような各病院の情報を、きちんとこういう会議にデータとして出していただくことを、さっきのワーキンググループとかを作っちゃっていきいわけですが、そこで、湘南東部医療圏の民間病院の、急性期をやっていたり、慢性期を大きくやっていたり、回復期をやっている、そういうところのデータもきちんと出して、同じ土俵で議論を進めていくということを実際に実行していくには、これはもう鈴木会長の力に頼るしかないような気がいたしますので、ぜひとも頑張ってくださいと思います。

(鈴木会長)

先日のワーキンググループでも、たしか仙賀委員か仲野委員から、急性期は急性期に必要なものを加えて集まって、それから回復期は回復期でというのをやっていこうかという話があったと思うのですが、やはりその中で進めていったらいかかなと。それから、私も私見で申しわけなのですが、各病院に、その地域に住む住民、地元の人たちの意見を聞く会議みたいなものを作ってください、この推進会議でいろいろ話したことだけでなく、うまくいくためには、やはり

地域が必要になると思いますので、そういう会議を各病院に持っていただきたいなと思っています。それも含めた中で、各病院の目指す方向を、2年に一遍とか書きかえていくようになると思うのですが、それを持ち合わせて議論していったらいかがかなと思います。そのたたき台みたいな形で大変申しわけないのですが、公的病院がこの地域には2つあるので、そこからまず入っていくのかなと思っておりますけれども、いかがでしょうか。そんな感じで、まずワーキンググループでやろうということになっていたのですが、やっていったらいいかなと思っておりますが、それ以外のやり方ももしあれば、ご指摘いただければ。

(仲野委員)

湘南東部に関しても300床以上の病院は、まだまだ鈴木先生のところも含めてありますし、急性期というか、救急医療をやっている病院は結構たくさんあって、実際、救急医療自体もこの湘南東部だけでうまく回っているわけでもなくて、今でもうちの病院は救命救急センターをやっていますけれども、大きな問題を抱えながら動いています。特にこれから高齢化が進むと、もっと大変なことになってくるので、そういう面も含めて、ぜひ病院間で議論をして、まとめたいただき、将来湘南東部のいろいろな救急疾患、急性期疾患の宛て先なり、行き先なりが見えてくると、非常にいい会議になると思いますので、ぜひ進めていただきたいと私は思っております。根本的な流れは、県の言われるとおり、私見ではなく、誰しも納得する話だと思うので、それをぜひ進めていただきたいと思います。

(今井委員)

将来の問題もあるにしても、現実には各病院から、県のほうに4つの病床機能に分けた報告はしていますよね。例えば、藤沢市民病院と茅ヶ崎市立病院については、当然、高度急性期と急性期という形で。私は病院協会の会長として考えるのは、センター病院、公的病院はやはりきちんと急性期、高度化を特にしていくべきだと思うし、しかも、資料の各地区における公的病院や公立病院の数で、この地域が一番少ない。そういう意味では、私がさっき基準病床数を選択する場合に、上段のほうも魅力がある、外せないと思っていたのは、実はセンター病院の話があるからなのです。この2つの病院を中心にこの地区がやっつけようとするれば、さらに増やす可能性、必要性も、将来出てくるのかなと。もちろん、それ以外の病院もありますが。

だから今のところ、病床機能報告が提出されていて、しかもそれは6年後の予定も提出しているわけで、それを抽出すれば、当然それぞれの病院の意向はわかり、それを人口割すると、回復期的なものは幾つあるというのはすぐ出ると思うので、それでいいのかなと思うのですが、いろいろな意味で報告にあまりリアリティがないから、もうちょっとそれぞれがリアリティを持って出してくれという意味ですか。

(鈴木会長)

私見ですが、この間のワーキンググループで、全医療機関が集まってみると意外といいなと。あれをもうちょっと忌憚のない、それぞれの意見を言い合えるともっといいのかなというふう思ったので、ワーキンググループを中心にやったらいかがかなとは思いました。

(今井委員)

ただ、各機能区分ごとに集まってというのは、私は余り生産的ではないのではないかと思います。

す。なぜかという、シームレスに動いていくのは、センター病院から見ても受け皿がどういふふうにあるかという問題に絡んでくるので、できれば全体でやったほうがいいのかというふうに思いました。

(鈴木会長)

了解いたしました。ほかに何かございますでしょうか。

(数野委員)

今井先生の話にちょっと水を差すようではすけれども、やはり機能が違う全病院が集まっての会は十分に意見が出なかつたりするから、急性期は急性期、あるいは慢性期は慢性期で集まっていただいて、各々の会で検討していただき、その上で全体で集まる会をつくれれば意見は集約できると思います。それでないと、全部が一同に時間を制約して集まって、話せる人と話せない人があつてうまく集約できないと思いますので、それぞれの立場で意見を集約していただいて、全体で集まるというふうにしたらいかがでしょうか。そのほうがまとまった意見になると思いますけれど。

(今井委員)

中に会をつくるということですね。それは反対しているわけではないのですけどね。

(仙賀委員)

これは鈴木会長と県との間で調整してもらって、どのようにやるか決めてもらえれば、一番ありがたいと思います。ここでやっても決まらないでしょう。

(鈴木会長)

わかりました。では、ほかに議論がなければ、会長と副会長で、県と調整します。早めにいろいろと手を打つようにさせていただきたいと思いますので、そんな形でよろしいでしょうか。ありがとうございます。

(5) その他

(鈴木会長)

ほかに何かご意見はございますでしょうか。よろしいでしょうか。大体時間になってきましたので、こちらの議事の進行は終了させていただき、事務局にお返しします。どうぞよろしく願ひします。

(事務局)

鈴木会長、ありがとうございます。県の医療課長の足立原でございます。本当に今日は中身の濃い議論をありがとうございました。最後の2025プランの話は、今ご意見の出たとおりでして、国は議論とか、協議という言葉をよく使うのですけれども、では議論とは、協議とは何なのだという話です。本当に、皆さんのやりたいやり方、やりやすい、負担の少ないやり方でやっていただけて結構ですし、他の地域でワーキンググループという名前を出したら、何か決めなければいけないのかというご意見が出ましたが、その日の結論で何か決めなければいけないことはございません。やはり、この間の病院が全部集まったワーキングのように、各病院の現況、あるいは今

後のビジョンを共有することによって、隣がそうならうちはどうしよう、などということを考えていく。なかなか隣の病院にこうしてくれ、ああしてくれとは言いづらいので、まずは議論を共有しながら、そういうことならうちはどうしようとか、逆にここの部分が不足ならこうしていこう、というのをだんだん考えていく。こういった、医療機関の連携というところになっていけばと考えております。

また、基準病床数につきましてもありがとうございました。2月20日に県保健医療計画推進会議という全体の会議、それを踏まえて、3月上旬に県の医療審議会がございます。この基準病床数ほか計画につきましても、この保健医療計画推進会議、そして県議会の意見もいただきながら、医療審議会にかけて、最後は国との協議の上で決まっていくという流れになりますので、またこれは随時ご報告させていただければと思っております。

また、今後の議論の進め方、来年度以降の進め方につきましても、会長、副会長とよく相談をさせていただきまして、また皆様にお諮りしたいと思っております。

閉 会

(事務局)

それでは、本日はまことにありがとうございました。